

障害者職場定着支援奨励金の支給を希望しますので、以下のとおり提出します。
申請書の記載事項及び関連して提出する書類等については、いずれにも事実と相違ありません。虚偽の申し立てがあると労働局(安定所)が判断した場合には、支給を受けた金額を速やかに返還することに同意します。また、記載事項に係る確認を労働局(安定所)が行う場合は協力します。

平成 28年 6月 1 日

事業主又は代理人	住所	岐阜市〇〇町	電話番号	058-〇〇〇-〇〇〇〇
	名称	〇〇〇 株式会社		
	氏名	代表取締役 〇〇 〇〇		
事業主又は 社会保険労務士 (提出代行者・ 事務代理者の表示)	住所		電話番号	
	名称			
	氏名			(記名押印又は署名)

※ 申請者が代理人の場合、上欄代理人の記名押印等を、下欄に助成金の支給に係る事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同則第16条の3に規定する事務代理者の場合、上欄に事業主の記名押印等を、下欄に申請者の記名押印等をしてください。

申請に係る事業所	住所	岐阜市〇〇町	電話番号	058-〇〇〇-〇〇〇〇
	名称	〇〇〇 株式会社		
担当者	△ △ △△			
労働保険番号	21102-000000-000		雇用保険適用事業所番号	2101-〇〇〇〇〇〇-7
資本金の額又は出資の総額	1000万円	常時雇用する労働者の数	35人	主たる事業
				1.小売/飲食 2.卸売 3.サービス 4.その他
				企業規模
				1.中小企業 2.大企業

1 対象労働者

(ふりがな) 対象労働者氏名 (生年月日)	(しよくば さだこ) 職場 定子 〇〇 年 〇〇 月 〇〇	年齢	障害の種類と等級	
		〇〇 歳	精神障害者手帳 (2級)	
雇用保険被保険者番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇	紹介者	ハローワーク・その他 ()	
雇入日	平成28年4月1日	対象労働者の紹介前の雇用予約	あり ・ なし	
週所定労働時間	40 時間 / 週	短時間労働者該当	あり ・ なし	
雇用期間の定め	あり ・ なし [契約期間 ~]			
定年制等の適用	定年年齢 歳 ・ 定年制を適用しない ・ 定年制なし			
	定年後の継続雇用の予定		歳まで ・ なし	
	雇入れ時の年齢が63歳以上の場合、2年(精神障害者については3年)以上継続して雇用する見込み		あり ・ なし	
	雇用期間の定めがある場合、対象労働者の希望により65歳以上に達するまで契約更新できるか		できる ・ できない	
対象労働者の雇入れ日前3年間の事前雇用、就労訓練等の有無	あり(年 月 ~ 年 月) なし	対象労働者の雇入れ日前1年間に対象労働者を雇用等した事業主との関係の有無	あり ・ なし	
雇入れ条件	求人票と同一条件により雇用した 本人との合意により変更して雇用した	対象労働者の雇入れ日前3年間における対象労働者に対する職場適応訓練の有無	あり ・ なし	
就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無	あり ・ なし	対象労働者が雇入れに係る事業所の代表者又は取締役の3親等内の親族に該当するか	する ・ しない	
必要な支援内容	・ 作業手順の手本を見せ、覚えるまで反復して指導するとともに、作業を見守り本人の体調に配慮する。 ・ 本人の就業上の相談を面談にて行う。			
活用する支援策の種類	雇用している支援員による支援 ・ 業務委託 ・ 委嘱			
支援の予定期間	平成 28年4月1日 ~ 平成 31年3月31日			
職場支援員	氏名	定着 一郎 [支援員番号 1]		
	所属法人等			

本人確認欄	上記の対象労働者欄の記述内容について相違ないことを確認しました。		
	(保護者の場合続柄:) 平成28年5月25日 (氏名) 職場 定子 記名押印又は署名		

上記の内容の受給資格認定申請書について認定しましたので通知します。

認定年月日	平成 年 月 日	認定番号	
-------	----------	------	--



労働局長 印

2 職場支援員

(1)雇用している職場支援員による支援

職場支援員氏名	定着 一郎（職場支援員番号 1 ）		職場支援員の 週所定労働時間数	40 時間/週	
定年制等の適用	定年年齢 歳 ・ 定年制を適用しない ・ 定年制なし				
	定年後の継続雇用の予定			歳まで ・ なし	
	雇入れ時の年齢が63歳以上の場合、2年(精神障害者については3年)以上継続して雇用する見込み			あり ・ なし	
	雇用期間の定めがある場合、対象労働者の希望により65歳以上に達するまで契約更新できるか			できる ・ できない	
職場支援員 配属部署	介護部		対象労働者に対する 職場支援員としての配置日	平成28年4月1日	
上記支援員が障害者職場 定着支援奨励金又は 企業在籍型職場適応 援助促進助成金の対象として 現在支援している 対象労働者氏名	氏名 職場 定子		〔本申請書に係る者〕		
	氏名		〔認定番号 定・企一 〕		
	氏名		〔認定番号 定・企一 〕		
職場支援員を配置する 事業所全体の組織図	職場支援員及び職場支援員が支援している助成金対象労働者全員の配置されている部署を組織図で表示してください。				
	※ 組織図を記載するか、事業所にて作成した組織図を添付して下さい				
事業所における 対象労働者及び 職場支援員の配置図	職場支援員及び職場支援員が支援している助成金対象労働者全員の配置箇所を明示してください。				
	※ 対象労働者と職場支援員の位置関係が把握できる配置図（配席図）を記載するか、事業所にて作成した配置図（配席図）を添付してください。				
職場支援員が 現に右記の助成金の 支援対象労働者として 支援を受けているか	(支援を受けている ・ いらない)				
	↓ ☐ 障害者職場定着支援奨励金 ☐ 訪問型職場適応援助促進助成金 ☐ 企業在籍型職場適応援助促進助成金 ☐ 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 ☐ 職場支援従事者配置助成金 ☐ 業務遂行援助者の配置助成金 ☐ 障害者介助等助成金				
職場支援者としての実務経験 (※) がある場合、当該期間中に 右記の助成金の 支援対象労働者として 支援を受けていたか	(支援を受けていた ・ いなかった)				
	↓ ☐ 障害者職場定着支援奨励金 ☐ 訪問型職場適応援助促進助成金 ☐ 企業在籍型職場適応援助促進助成金 ☐ 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 ☐ 職場支援従事者配置助成金 ☐ 業務遂行援助者の配置助成金 ☐ 障害者介助等助成金				

※ 職場支援者としての実務経験とは、①特例子会社又は重度障害者多数雇用事業所での障害者の指導・援助に関する実務経験が2年以上ある場合、②障害者職業・生活支援センター、就労移行支援事業所等の障害者の就労支援機関において障害者の就業に関する相談の実務経験が2年以上ある場合、③障害者職業生活相談員として障害のある労働者の職業生活に関する相談、指導、援助に関する実務経験が3年以上ある場合のいずれかをいいます。

(2) 業務委託した職場支援員による支援

職場支援員 氏名	(職場支援員番号)		(職場支援員番号)	
業務委託先法人	住所 _____ 電話番号 _____			
	名称 _____ 代表者氏名 _____			
担当者	氏名 _____	電話 _____	FAX _____	メールアドレス _____
業務委託 契約の内容	期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	契約額	円
	(規定している支援内容)			
	・月1回以上の訪問面談に関する記述 (あり ・ なし)			

(3) 委嘱した職場支援員による支援

職場支援員 氏名	(職場支援員番号)	最初の支援の日	平成 年 月 日
		委嘱契約の契約額	円
委嘱者の 所属する法人 (個人の場合 その住所等)	住所 _____ 電話番号 _____ 名称 _____ (代表者)氏名 _____		
予定支援内容			

労働局処理欄

決 裁 欄	局長	部長	課長	課長補佐	職業指導官	係長	担当
	所長	部長・次長	課長・統括	上席・係長	職業指導官	担当	